

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N. 134

Résultats de la Vaccination antigonococcique
DANS LE TRAITEMENT
DES ORCHITES BLENNORRHAGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 24 Mai 1922

PAR

Gustave-René-Calixte GABORIAUD

Né à BLANZAC (Charente-Inférieure) le 1^{er} septembre 1895

Examineurs de la thèse	{	MM. POUSSON, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		PETGES, agrégé.....	
		MAURIAC, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 134

Résultats de la Vaccination antigonococcique
DANS LE TRAITEMENT
DES ORCHITES BLENNORRHAGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 24 Mai 1922

PAR

Gustave-René-Calixte GABORIAUD

Né à BLANZAC (Charente-Inférieure) le 1^{er} septembre 1895



Examineurs de la thèse

{	MM. POUSSON, professeur.....	Président.
	BÉGOUIN, professeur.....	{ Juges.
	PETGES, agrégé	
	MAURIAC, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1922

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Clinique chirurgicale.	CASSAET.	Médecine expérimentale.	FERRE.
Pathologie et thérapeutiques générales . . .	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .	DENUCE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	CRUCHET.	Clinique gynécologique .	BEGOUIN.
Anatomie générale et histologie.	RIVIERE.	Clinique médicale des maladies des enfants .	MOUSSOUS.
Physiologie	SABRAZES.	Chimie biologique et méd.	DENIGES.
Hygiène	PICQUE	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Méd. légale et déontologie	G. DUBREUIL.	Méd. coloniale et clinique des maladies exotiques.	LE DANTEC.
Physique biologique et d'électricité médicale.	PACHON.	Clinique des maladies des voies urinaires . . .	POUSSON.
Chimie	AUCHE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Botanique et matière médicale	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Pharmacie	BERGONIÉ.	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie . . .	MOURE.
	CHELLE.	Toxicologie et hyg. appl.	BARTHE.
	BEILLE.		
	DUPOUY.		
Chargé d'un cours d'Anatomie.		MM. PRINCETEAU.	
Chargé d'un cours de Pathologie externe		GUYOT.	
Chargé d'un cours de Pharmacie chimique. . . .		LABAT.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	N...	Médecine générale . . .	LEURET.
Histologie	N...		DUPERIE.
Physiologie	LACOSTE (chargé).	Maladies mentales. . .	CREYX.
Anatomie pathologique .	DELAUNAY.	Médecine légale . . .	MICHELEAU.
Parasitologie et sciences naturelles.	MURATET.	Chirurgie générale . . .	PERRENS.
Physique biologique et médicale	R. SIGALAS (chargé).		LANDE.
Chimie biologique et médicale	N...	Obstétrique.	ROCHER.
Médecine générale. . .	RECHOU.	Ophtalmologie.	DUVERGEY.
	N...	Pharmacie	PAPIN.
	PETGES.		PERY.
	J. CARLES.		FAUGÈRE.
	MAURIAC.		TEULIERES.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale .	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparations pharm.	LABAT.
Cours complémentaire de chimie.	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.	MAURIAC.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . . .	ROCHER.
Cours compl. annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLANCHOT

Chef de clinique des maladies des voies urinaires

A MES MAITRES

de la Faculté et des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

Professeur de clinique des maladies des voies urinaires

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

INTRODUCTION

Nous avons eu l'idée de cette thèse, en voyant traiter dans le service de Monsieur le professeur Pousson, un malade atteint d'orchite blennorrhagique à bascule, sur lequel notre attention a été attirée par le chef de clinique Monsieur le Docteur Blanchot.

Nous nous proposons d'étudier tout spécialement l'orchite à bascule, de réunir un certain nombre d'observations de manière à comparer la durée et le mode d'évolution des cas non traités et de ceux traités par la vaccinothérapie anti-gonococcique.

Mais pour des raisons particulières nous nous sommes vus obligés de quitter notre faculté. Nous avons eu la facilité, il est vrai, de fréquenter la bibliothèque de la faculté de médecine de Lille, qui malheureusement par suite de l'invasion s'est vue privée de tous les journaux médicaux depuis 1914. Nous nous sommes donc trouvés dans des conditions très difficiles pour faire une étude complète de la question.

Nous nous proposons ici simplement d'indiquer ce qu'a donné plus particulièrement le vaccin Nicole et Blaizot dans les orchites, regrettant de faire une étude si incomplète, et qui pour être conduite à bonne fin nécessiterait des recherches que notre temps trop limité ne nous permet pas de faire maintenant.

Nous commencerons tout d'abord par exposer quelques considérations sur la vaccinothérapie curative en général, puis indiquerons les préparations et modes d'emploi du vac-

cin Dmégon que nous avons employé dans la première partie du traitement de notre cas. Nous examinerons ensuite quelles opinions professent bon nombre de médecins, dont certains ont appliqué sur une large échelle la vaccinothérapie antigonococcique dans les cas d'orchites blennorrhagiques, et terminerons en exposant notre observation personnelle, et les résultats obtenus dans ce cas particulier.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES VACCINS EN GÉNÉRAL

On envisage actuellement sous le nom de vaccination, des procédés thérapeutiques assez divers, qui consistent à inoculer un antigène non pathogène, ou rendu tel artificiellement, de façon à provoquer dans l'organisme recep-teur, des réactions défensives vis à vis de lui.

Vaccins utilisés dans un but curatif

Il est possible d'utiliser les vaccins dans un but curatif. Pasteur avait montré qu'on pouvait tirer parti de l'immunisation active du vaccin pendant la période d'incubation de la rage, puis c'est surtout Wright qui a préconisé la vaccinothérapie par injection de microbes tués.

Il se peut, comme le fait remarquer Wright, qu'une partie du corps soit en train de répondre à l'immunisation, pendant que l'autre est inactive. « Par exemple, dans la phase d'incubation, ce serait seulement la région qui héberge le microbe, et dans une infection généralisée, ce serait probablement le corps tout entier, qui serait incité à réagir. L'immunisation thérapeutique sera théoriquement admissible, tant qu'il restera dans le corps, une partie qui ne donne pas sa réaction maxima à l'immunisation. Et le programme de l'inoculation thérapeutique, consisterait naturellement à exploiter, dans l'intérêt des parties infectées du

corps, les réactions immunisantes des régions non infectées.

L'injection paraît augmenter le pouvoir opsonique de l'individu, développant donc sa force de résistance et produisant une immunité artificielle, but que recherche la méthode. Le nombre exact de microbes ingérés par globule blanc, pris comme base, représente « l'index opsonique » celui-ci indiquant le degré d'immunité ou de résistance de l'individu. La réaction globulaire débute de six à huit heures après l'injection, plus rapidement avec les vaccins auto-gènes.

Indications de la vaccinothérapie

La valeur de la vaccination préventive n'est plus discutée. Celle de la vaccination curative, moins bien reconnue, existe néanmoins et le traitement agit avec efficacité dans certains cas :

Pour les maladies infectieuses la question est un peu embarrassante : cependant le vaccin paraît indiqué à la période d'incubation (exemple de la vaccination antirabique) malheureusement celle-ci est parfois difficile à constater dès son début.

La période d'état une fois installée, l'organisme se trouve envahi de plus en plus par les anticorps. Ses anticorps déjà insuffisants auront du mal à s'opposer au vaccin qui n'est qu'un antigène supplémentaire. Les indications du vaccin seront très réduites, et il ne sera injecté qu'au début de la période d'état, ou quand l'individu sera capable de faire les frais de sa réaction défensive.

C'est plus tard lorsque les anticorps commencent à apparaître dans les humeurs que le vaccin devrait avoir sa raison d'être. Mais alors souvent l'organisme se suffit et le vaccin semble inutile sauf dans les cas rebelles à tout traitement — au contraire dans les formes prolongées, trainantes subaiguës ou chroniques de certaines infections ou septicémies relativement bien tolérées, le vaccin s'est montré plus efficace.

La vaccination curative trouvera principalement son application dans les infections à prédominance locale, retissant peu apparemment sur l'état général, ne demandant pas une action immédiate. Dans ces cas en effet, la résistance de l'organisme sera suffisante pour faire face à la réaction vaccinale. C'est le cas des orchites blennorrhagiques dont nous nous occuperons dans un instant.

LE VACCIN « DMÉGON »

Nous allons maintenant examiner rapidement le vaccin antigonococcique « Dmégon », voir quelle est sa composition, ses doses, son mode d'emploi.

Ce vaccin est constitué par une émulsion de microbes tués, sans que le chauffage intervienne dans sa préparation. L'originalité du procédé, imaginé par MM. Nicolle et Blai-zot, réside entre autres détails, dans l'emploi d'une solution fluorurée comme véhicule de l'émulsion. Le choix de ce liquide conservateur et le procédé de préparation utilisé laisseraient aux corps microbiens toutes leurs propriétés initiales, à la vie près. C'est pourquoi ce vaccin est dit stabilisé. La mort de ces microbes serait assurée dans un délai très bref, et la toxicité de l'émulsion vaccinale se trouverait abaissée dans de très fortes proportions. La conséquence est que les phénomènes imputables à la phase négative se trouvent très atténués.

Plusieurs races de gonocoques servent à la préparation du Dmégon :

MM. Nicolle et Blaizot, ont découvert dans le pus de la blennorrhagie, un microbe auquel ils ont donné le nom de synocoque. Sa morphologie diffère de celle du gonocoque auquel il est constamment associé. Il s'en distingue par le fait qu'il prend le Gram, et que sa culture présente une couleur orangée caractéristique. Sa toxicité est extrêmement faible pour ne pas dire nulle. Alors que par la voie veineuse le gonocoque détermine une forte réaction fébrile, même à

la dose de 20 millions de corps microbiens, on peut injecter dix fois plus de synocoques, sans produire la moindre réaction fébrile. Le synocoque possède par lui-même une action propre, fortement immunisante. Sa présence dans l'émulsion vaccinale, permet d'y réduire le taux en gonocoques, sans nuire à l'efficacité du mélange, et abaisse d'autant la toxicité de ce dernier.

Les émulsions provenant des cultures sont mélangées et titrées de manière à obtenir les proportions suivantes : gonocoques 25 millions, synocoques 225 millions pour 1/2 centimètre cube de vaccin, qui constitue la dose thérapeutique type. Cette émulsion est ensuite répartie aseptiquement en ampoules stériles. Si l'on examine au microscope les microbes qui constituent ce vaccin, on constate que le gonocoque s'y maintient pendant plusieurs semaines avec sa forme et ses affinités tinctoriales. Le synocoque, beaucoup plus résistant, demeure colorable indéfiniment.

La dose thérapeutique, renfermée dans une ampoule contenant 1/2 cc., doit être injectée en totalité dès la première séance, et il n'y a pas lieu ni de l'augmenter, ni de la diminuer, lors des inoculations suivantes. L'application en est ainsi pratique et commode. Les inoculations sont faites, en principe tous les deux jours, à n'importe quel moment, mais de préférence à la fin de la journée. Rien n'est à modifier dans le régime et l'hygiène du malade, qui reste bien entendu, soumis aux restrictions classiques dans la blennorrhagie. La pratique du traitement est invariable, quelle que soit la localisation à laquelle on ait affaire. Si toutefois le médecin désirait obtenir une action particulièrement intense et rapide il pourrait faire une injection chaque jour.

Chaque ampoule de vaccin est accompagnée d'une ampoule de sérum physiologique destinée à diluer l'émulsion et à rendre le contenu de la seringue aussi isotonique que possible, de façon à écarter toute chance d'irritation ou de réaction locale. Le mélange doit être fait au moment même de l'emploi. Il est très important de rendre l'émulsion

homogène, en agitant vigoureusement, avant de l'ouvrir, la petite ampoule qui la contient. L'instrumentation consiste en une seringue en verre de 2 cc.

Les injections peuvent être sous cutanées, ou de préférence intra musculaires, le lieu d'élection étant la région fessière. Certains médecins ont employé le Dmégon en injections intraveineuses. Les résultats ne paraissent pas avoir répondu à leur attente : on a noté d'une manière constante, de violentes réactions.

QUELQUES OPINIONS

SUR LES

BONS RÉSULTATS OBTENUS PAR LA VACCINOTHÉRAPIE

ANTIGONOCOCCIQUE

DANS LES ORCHITES BLENNORRHAGIQUES

Dans les archives de médecine et de pharmacie navales de juin 17, Laurent Moreau, médecin de 1^{re} classe de la Marine, publie quatre observations :

L'observation VII : Orchi-épididymite aiguë d'origine blennorrhagique — Guérison après 8 inoculations.

L'observation VIII : Orchi-épididymite blennorrhagique traitée au troisième jour par la vaccinothérapie, guérison complète en cinq jours.

L'observation IX : Orchi-épididymite aiguë d'origine blennorrhagique — Guérison après deux séances de vaccinothérapie.

L'observation X : Epididymite bacillaire — Aucun résultat par la vaccinothérapie.

Et voici ce qu'écrit l'auteur : « Les bénéfices de la vaccinothérapie furent ici remarquables, on sait combien est longue à se faire la résolution des épididymites blennorrhagiques (trois, quatre, cinq semaines, sans tenir compte de la persistance du noyau caudal) combien sont pénibles les douleurs du début. La guérison des trois cas, dont nous avons donné l'observation, s'est produite dans des délais très courts : cinq jours dans un cas (après trois inoculations) 10 jours dans

un autre (après deux inoculations) vingt jours dans un troisième (après 8 inoculations). La *restitutio ad integrum* était complète : il ne persistait au niveau de la queue de l'épididyme aucun empâtement.

Dès la première injection les douleurs se calment, et l'on peut facilement palper les parties malades.

La vaccinothérapie peut donc devenir quelquefois un moyen de diagnostic quand l'épididymite coexiste avec un écoulement gonococcique.

Voyons maintenant ce qu'écrit le Docteur Henri Dubois (chef d'un service de maladies vénériennes à l'hôpital complémentaire n° 71 à Jouarre) dans sa petite brochure « Simples réflexions sur la prophylaxie et le traitement des affections blennorrhagiques dans l'armée ».

« Depuis quatre mois, nous avons poursuivi l'emploi du Dmégon dans la mesure où nous avons pu nous le procurer. Les premiers résultats obtenus se sont confirmés, et à l'heure actuelle, après avoir pratiqué plus de six cents inoculations, nous croyons en avoir une expérience assez complète, pour considérer la période des essais comme terminée. Les nombreux cas traités et observés personnellement dans notre service, ont présenté une immense majorité de résultats favorables. Ceci nous permet d'affirmer en toute conscience, que nous sommes bien en présence d'un agent thérapeutique sérieux, recommandable et sans danger ».

Le Docteur Dubois fait allusion aux échecs du Dmégon dans certaines orchites, lesquelles d'après lui, seraient probablement d'origine bacillaire.

« On est actuellement d'accord, dit-il, pour admettre que les lésions tuberculeuses de l'épididyme sont excessivement lentes à se développer, torpides et indolores. Il peut donc arriver, qu'elles restent latentes pendant plusieurs années, sans que l'individu qui en est porteur soit autrement incommodé et s'aperçoive même de leur existence. Si donc un malade, ainsi atteint, contracte fortuitement une blen-

norrhagie, l'inflammation apportée par cette affection surajoutée, agira en rendant apparentes, ces lésions jusqu'alors ignorées, et en favorisant l'évolution morbide ultérieure.

...Il s'agit d'une épididymite mixte.

...A coté des cas suraigus et rescents, nous avons également à soigner une autre forme d'orchite à symptômes moins bruyants, mais non moins persistante et douloureuse. Ici encore le traitement présente une efficacité non douteuse, mais il est un peu plus long, parceque, d'une part, le gonocoque a eu le temps de s'installer plus profondément et que d'autre part, le processus phlegmasique ayant été abandonné à lui-même, la résolution des exsudats est beaucoup plus lente à se faire...

...Enfin l'auteur établit une comparaison entre la durée d'évolution d'une moyenne de cas non traités et celle d'une moyenne de cas traités, ces derniers ayant une évolution sensiblement diminuée :

1°) — *Cas non traités par le Dmégon* (moyenne de 10 cas).

Durée de la complication. 30 jours.

Durée du séjour à l'hôpital. 50 jours.

2°) — *Cas traités par le Dmégon* (moyenne de 50 cas).

Durée de la complication. 16 jours.

Durée du séjour à l'hôpital. 35 jours 1/2.

Nombre moyen d'inoculations. 4, 3.

Il publie en même temps 69 observations d'orchites blennorrhagiques unilatérales, et 5 d'orchites doubles où le traitement a eu une heureuse influence, ainsi que 6 observations d'orchite (dont une blennorrhagique à répétition, les autres probablement non gonococciques mais bacillaires) dans lesquelles le vaccin a eu un effet médiocre ou même nul.

Non moins favorable est l'opinion qu'émet le Docteur Rob. Duhot (directeur de l'institut d'urologie et de dermatosyphiligraphie de Bruxelles) qui a eu l'occasion d'employer

en particulier le vaccin de Nicolle. « On peut dire que le vaccin de Nicolle est atoxique, c'est à dire qu'il ne produit pas d'accidents ; sur un chiffre de 600 injections, il ne m'est pas survenu un seul accident digne d'être noté.

Il serait cependant inexact de dire que l'injection du Dmégon est absolument exempte de toute réaction. (Il est à noter que le Docteur Duhot utilise toujours la voie intraveineuse, qu'il suppose être plus rapide et absolument indolore). Assez souvent même, il se déclare de la céphalalgie, l'insomnie, des frissons et une légère poussée thermique, environ deux heures après son emploi. La poussée fébrile est presque toujours de très courte durée. Chez deux malades l'abaissement a occasionné un repos forcé de deux jours. Les réactions disparaissent souvent après la troisième injection. Lorsqu'il y a association microbienne, l'action du vaccin de Nicolle est nulle sur ces infections associées. Au contraire son influence sur les épидидymites pures est incontestablement surprenante.

Voici maintenant ce que nous relevons dans la thèse du Docteur Marconnet (Lyon 1917) : « Dans l'orchi-épididymite, la tension si douloureuse du testicule cède en quelques heures. Souvent, dès la première inoculation, les malades peuvent se lever, marcher, vaquer à leurs occupations ; le testicule diminue rapidement de volume, et il ne demeure plus bientôt qu'un noyau induré insensible qui ne tarde pas lui-même à disparaître. Dans les cas que nous avons observés, deux et trois injections ont été suffisantes, pour obtenir une guérison parfaite. »

Suivent deux observations d'orchite :

L'observation XII : Uréthrite chronique datant d'un an, orchi-épididymite récente : guérison complète après 3 inoculations en huit jours.

L'observation XIV : Uréthrite aiguë, survenue chez un malade atteint d'uréthrite chronique. Orchite aiguë. Les douleurs testiculaires disparaissent promptement.

Dans un article de *Paris Médical* du 22 novembre 1913 le Docteur P. Remlinger médecin major de 1^{re} classe, directeur de l'institut Pasteur marocain écrit ce qui suit : « La technique de la vaccinothérapie antigonococcique est extrêmement simple et à la portée de tous les praticiens. Quant aux résultats obtenus, ils ont, par leur rapidité et leur intégralité, dépassé toutes nos espérances. »

Deux observations d'orchite figurent dans cet article :

OBSERVATION I

Blennorrhagie. Orchite aiguë : Six injections de vaccin antigonococcique. Guérison rapide.

Le malade a contracté il y a un an une blennorrhagie qui s'est accompagnée d'une orchite droite, laquelle n'aurait pas mis moins de quatre mois à guérir. Nouvelle blennorrhagie il y a deux semaines. Trois ou quatre jours après le début, apparition d'une orchite gauche, très aiguë, avec phénomènes généraux (fièvre) — Début du traitement le 16 juillet 1913 alors que l'orchite est à son huitième jour. (Les douleurs ont commencé à s'atténuer trois ou quatre heures après l'injection).

Le 22 juillet, le malade qui, depuis plusieurs jours a repris ses occupations, s'estime complètement guéri, et on cesse les inoculations. L'épididyme est encore un peu gros et dur, mais cette tuméfaction, absolument indolore, est en voie de rapide régression.

OBSERVATION II

Orchite blennorrhagique suraiguë, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, guérison par cinq injections de vaccin antigonococcique.

Fièvre typhoïde survient en août 1913 au décours d'une blennorrhagie. Début de l'orchite le 8 septembre, s'accom-

pagnant de fièvre et de mauvais état général — Première inoculation le 15 septembre : l'effet est pour ainsi dire immédiat, trois ou quatre heures après, une atténuation très considérable des douleurs se manifeste ; la fièvre tombait et le malade pouvait dormir huit heures sans interruption. Le 19 septembre, le malade s'estime complètement guéri. De l'inflammation si violente qu'a présenté l'épididyme, il ne reste plus qu'un peu d'hypertrophie et d'induration. La palpation est absolument indolore.

Le Docteur Remlinger injecte sous la peau de l'abdomen quelques gouttes de vaccin (III à IV) mélangées à deux ou cinq centimètres cube d'eau physiologique. « L'emploi du vaccin antigonococcique atoxique, ne paraît, dit-il, comporter aucune contre indication. Son inoculation même à doses fortes (X à XV gouttes) ne provoque aucune réaction générale, en particulier aucune courbature, aucune élévation thermique. Au contraire les malades accusent fréquemment, trois ou quatre heures après l'injection, une grande sensation de bien-être, due à la disparition ou tout au moins à l'atténuation des douleurs. La réaction locale nous a toujours, chez nos malades, paru négligeable. L'élément sur lequel le vaccin paraît avoir l'action la plus immédiate et la plus complète est la douleur. Quelque violente que soit celle-ci, quelque résistance qu'elle ait montré à l'antipyrine, à l'aspirine, à la morphine même, il n'est pas rare de la voir s'atténuer quelques heures après la première inoculation, pour disparaître complètement dès la deuxième ou troisième injection. Les phénomènes généraux, la fièvre en particulier, disparaissent presque aussi vite. Après avoir débuté par des doses faibles (III-IV gouttes) nous avons été amené tout naturellement, devant l'absence de réaction générale et locale, à inoculer des doses graduellement plus fortes. Cette manière de faire s'est montrée complètement dépourvue d'inconvénients.

Dans le *Courrier Médical*, le Docteur M. Guibert consul-

tant de dermato vénéréologie de la 9^e région nous fait part des résultats qu'il a obtenus dans le traitement de 30 cas d'orchi-épididymites aiguës. Voici en quels termes il s'exprime :

« Dans trente cas d'orchi-épididymites aiguës qu'il nous a été donné d'observer, la durée de l'affection a été nettement diminuée et sa gravité symptomatique sensiblement modifiée.

En aucun cas nous n'avons observé de réaction capable de nous faire envisager la possibilité d'interrompre le traitement. Les injections ont été faites tous les deux jours par la voie sous-cutanée, et n'ont jamais causé d'autre réaction locale qu'une légère douleur obligeant seulement à changer de côté à chaque injection.

Au point de vue général, nous avons souvent noté une élévation thermique, n'excédant pas 39° 5 dans les 5 à 6 heures qui suivent l'injection. Parfois dans ces mêmes limites de temps, il s'est produit une exacerbation des phénomènes douloureux abdominaux, inguinaux ou funiculaires, mais, toujours, sauf dans deux ou trois cas, la rémission des symptômes douloureux et la diminution souvent massive de la tumeur épидидymaire ou testiculaire ont suivi la première injection et continué avec la deuxième et les suivantes.

Dans la majorité des cas, nous avons pu libérer nos malades après quatre ou six injections, soit après une moyenne de huit à quinze jours de traitement. Une fois, nous avons vu l'un d'eux, sorti après trois injections et guéri d'une orchite droite, se présenter à nous quelques jours après avec une orchite gauche qui, d'ailleurs, céda aussi bien que la première et aussi rapidement au traitement.

...Il faut avouer qu'il est loin d'en être de même au point de vu de l'urétrite causale. Là, les résultats sont absolument incertains.

...Au sujet, aussi, des cas d'épididymite à bascule, auquel nous faisons allusion à l'instant, nous signalerons qu'au

cours de deux des cas que nous avons observés, l'un avant l'institution du traitement vaccinal, l'autre depuis, mais dans deux formes particulièrement sévères, nous avons constaté en pleine période aiguë, le phénomène dit de bascule. Pendant vingt-quatre heures, chez nos deux malades, les phénomènes douloureux et inflammatoires se déplaçaient de côté et le côté primitivement atteint était presque indolore. Le tout s'accompagnait de température pour rentrer le lendemain dans l'ordre normal de la marche de l'infection. Ce phénomène nous sembla d'abord paradoxal mais nous dûmes bien nous rendre à l'évidence et enregistrer ce que nous étions à même de voir et de palper.

Dans cette forme grave prise au deuxième jour de la maladie, quinze jours après le début de l'uréthrite, nous dûmes pour calmer les douleurs, adjoindre au vaccin les applications de glace et l'absorption de balsamiques. L'état général du malade fut fortement touché, mais, à la deuxième injection de Dmégon, tous les phénomènes douloureux s'amendèrent définitivement, et nous fûmes surpris de la rapidité de la restitution ad integrum locale et surtout générale, à partir de ce moment. Mais dans ce cas encore, l'écoulement ne fut pas tari et nous dûmes recourir aux lavages pour le combattre.

...En résumé, sur toute la série de trente cas qu'il nous a été donné d'observer, nous pouvons faire deux catégories :

« La première, renfermant les formes graves dont la durée tout en restant assez grande est diminuée de moitié par le traitement vaccinal, en même temps que les phénomènes douloureux en sont très atténués.

La deuxième renferme la majorité des cas, c'est-à-dire les formes moyennes et légères, où le résultat obtenu avec un nombre d'injections variant de trois minimum à six maximum a été régulièrement satisfaisant ».

L'auteur complète ensuite son article par une série de 7 observations d'orchites traitées par le vaccin.

En résumé toutes ces opinions semblent à peu près s'ac-

corder pour affirmer que la vaccinothérapie antigonococcique est réellement efficace dans les cas d'orchites blennorrhagiques.

Nous allons maintenant exposer notre observation d'orchite à bascule soignée par les vaccins Dmégon et Pasteur et voir si les résultats s'accordent avec les précédents.

OBSERVATION

C. R..., 34 ans, marin.

Entre dans le service de Monsieur le Professeur Pousson, le 4 octobre 1921 avec le diagnostic : d'orchite blennorrhagique droite.

Antécédents personnels. — Etant mobilisé, en 1918, le malade a eu une première uréthrite gonococcique. L'écoulement a duré un mois. A ce moment, le malade « ayant fatigué beaucoup » a fait une orchite du côté droit. Le testicule était augmenté de volume et le malade a dû s'aliter dix jours pour calmer ses douleurs qui étaient très vives. Le traitement a d'abord consisté en application de compresses d'eau chaude et huit jours après de pommade mercurielle à la belladonne. L'orchite cède après douze jours de ce traitement.

Histoire de la maladie. — Au début de septembre 1921, le malade contracte une nouvelle uréthrite qui dure une trentaine de jours environ. A ce moment, le malade ressent les mêmes douleurs qu'en 1918 au moment où apparut son orchite.

Alors le malade, s'étant présenté d'abord à la visite médicale de l'administration des ponts et chaussées qui a diagnostiqué une *orchite du côté droit*, est sur sa demande hospitalisé à l'hôpital du Tondu dans le service de Monsieur le Professeur Pousson. Là, on lui fait des applications de glace sur le scrotum. L'orchite qui était en évolution, grossit encore quelques jours, puis le testicule droit commence à régresser.

Mais alors le cordon gauche commence à être douloureux.

Vers le 12 octobre, le testicule droit était devenu normal ; c'est alors que le *testicule gauche* commença à grossir. Au dire du malade, l'orchite du côté gauche était très douloureuse.

Au bout d'une dizaine de jours, le testicule gauche diminue et dans cet intervalle, le cordon droit recommence à être douloureux et l'*orchite droite* se développe à nouveau.

On note encore un mouvement de bascule à *gauche*, puis à *droite*, avec alternance des douleurs sur le cordon opposé à l'orchite. Le 24 novembre, le malade présente un testicule droit légèrement augmenté de volume et douloureux à la pression. Le cordon droit est très dur. Le testicule gauche paraît normal ; mais le cordon gauche est douloureux.

Le 28 novembre, le testicule droit revient à sa grosseur normale. C'est alors que dans la soirée, le malade ressent des douleurs continues et augmentant d'intensité dans le testicule gauche. Ce testicule continue son évolution et augmente de volume.

1°) Le 30 novembre, on fait au malade une injection de Dmégon à la face antéro-externe de la cuisse droite. La température du malade monte dans la soirée de 37° 5 à 37° 9. Cette piqure très douloureuse, est suivie d'un engourdissement de la jambe qui est comme paralysée. Le lendemain matin, la température tombe.

Le 1^{er} décembre, la douleur causée par l'orchite commence à diminuer sans que le testicule subisse aucune variation de volume.

2°) Le 2 décembre on pratique une deuxième injection de Dmégon à la cuisse gauche. Moins douloureuse que la précédente, sans irradiation dans la jambe, la piqure n'est suivie que d'une élévation de température de quelques dixièmes de degré :

T. matin 36° 8.

T. soir 36° 9.

Le 3 décembre la T. tombe à 36° 4.

3°) Le 4 décembre on pratique à la cuisse droite une 3^{me} injection.

T. matin 36° 5.

T. soir 36° 8.

Le 5 décembre la T. tombe à 36° 1.

4°) Le 6 décembre on pratique à la cuisse gauche une 4^{me} injection de Dmégon : T. matin 37° 9.

T. soir 36° 9.

Les 7, 8 décembre température stationnaire à 37° matin et soir. Le testicule gauche commence alors à diminuer légèrement de volume et les douleurs diminuent parallèlement d'intensité. Le cordon droit est un peu douloureux à la pression.

Le 10 décembre, on institue le traitement par injection de vaccin antigonococcique Pasteur, (chauffé à 55° et contenant 1 milliard de microbes par centimètre cube. Injections sous cutanées).

Le 10 décembre 1^{re} injection de 1/4 cc. Elle n'est suivie d'aucune réaction locale et thermique.

Le 12 décembre : 2^{me} injection 1/2 cc. Il semble qu'il se produise une légère régression du testicule gauche.

Le 14 décembre : à l'examen, le testicule est toujours légèrement augmenté de volume et le cordon gauche présente une certaine douleur à la pression. Le testicule droit est normal, mais le cordon droit est plus sensible que celui du côté opposé. Noter que depuis l'entrée du malade dans le service jusqu'à ce jour, on a fait à ce malade des applications continuelles de glace sur le scrotum.

Toujours le 14 décembre, 3° injection de 1 cc.

Le 16 — 4° — de 1 cc.

Le 18 — 5° — de 1 cc.

Le 20 — 6° — de 1 cc. 1/2, légère

réaction locale.

Repos de dix jours.

Le 30 décembre 1^{re} injection de la 2° série à 1 cc. 1/2.

Le 2 janvier 2° — — 1 cc. 1/2.

Le 4 — 3° — — 2 cc.

Le 6 — 4° — — 2 cc.

Le 8 janvier . . 5^e injection de la 2^e série à 2 cc.

Le 10 — 6^e — — 2 cc.

Du 2 au 10 janvier le testicule va régressant jusqu'à sa grosseur normale.

Le malade est sorti dans l'état suivant : on note un écoulement continu à la pression du canal et la palpation de la queue de l'épididyme fait percevoir un petit noyau. Mais le malade ne souffre plus et le testicule a repris sa consistance normale.

Un examen du pus uréthral fait, peu avant la sortie, présentait encore quelques dévloques.

RÉSULTATS

1°. — Dans notre cas particulier, il est à noter que dans cette période, qui s'étend du 4 octobre, date de l'entrée du malade dans le service, au 30 novembre, date à laquelle est institué le traitement, le phénomène dit de bascule s'opère cinq fois (environ tous les dix jours) et qu'au contraire, dans la période qui suit, et durant laquelle on pratique les injections, le phénomène ne se reproduit plus, et l'orchite se localise au testicule gauche, où elle ira en s'améliorant progressivement. Si ce n'est là qu'une coïncidence, il faut reconnaître qu'elle est heureuse et plaide en faveur de l'efficacité du vaccin.

2°. — On note aussi une diminution rapide de la douleur, dès le 1^{er} décembre la première injection étant pratiquée le 30 novembre.

3°. — A aucun moment on n'observe la moindre réaction générale, sauf le 6 décembre au matin où une petite fièvre d'aseptie a dû se produire (37° 9 matin, soir 36° 9).

4°. — En revanche, la première injection est suivie d'une réaction locale assez violente au point où est pratiquée la piqûre (douleur et engourdissement de la jambe qui est comme paralysée) seulement ces accidents sont de courte durée et ne se reproduisent plus aux piqûres suivantes qui sont indolores.

CONCLUSION

- 1° La vaccinothérapie antigonococcique (et en particulier le vaccin Dmégon) a été reconnue efficace par le plus grand nombre des auteurs.
- 2° Dans notre observation, non seulement la vaccinothérapie a entravé et amélioré l'orchite en évolution, mais aussi il semble bien qu'elle ait agi de façon préventive en arrêtant une série de récidives dont rien jusque là ne faisait prévoir la fin.

Vu et bon à imprimer :

Le Président,

D^r POUSSON.

Vu: *Le Doyen,*

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 3 mai 1922.

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

EM. FALLOT.

BIBLIOGRAPHIE

- P.-P. GUIART. — La blennorrhagie chez l'homme.
- MALLETERRE. — Sérums et vaccins dans le traitement actuel du rhumatisme et de l'orchite blennorrhagiques. Thèse de Paris 1913.
- PRUVOST-CARRION. — Thérapeutique.
- D^r Laurent MOREAU. — Essais de vaccinothérapie antigonococcique à l'aide du vaccin de Nicolle et Blaizot.
- D^r Henri DUBOIS. — Simples réflexions sur la prophylaxie et le traitement des affections blennorrhagiques dans l'armée.
- D^r Robert DUHOT. — Le vaccin de Nicolle exerce-t-il une influence sur l'évolution de la blennorrhagie uréthrale ?
- D^r Max MARCONNET. — Recueil de cas de blennorrhagies traités sur le front par le vaccin fluoruré de Nicolle et Blaizot. (Thèse de Lyon, 1917).
- D^r P. REMLINGER. — Traitement de quelques complications de la blennorrhagie par le vaccin antigonococcique atoxique de MM. Nicolle et Blaizot. (*Paris Médical*, 22 novembre 1913).
- D^r M. GUIBERT. — A propos de 30 cas d'orchi-épidymites aiguës traités par le Dmégon et sur la vaccinothérapie antigonococcique. (*Courrier Médical*, 26 septembre et 3 octobre 1920).
-

BORDEAUX. — IMP. J. CÉROUDE ET FRÈRE
15, COURS DE LA MARNE.

